



**WELL CHILD EXAM - LATE
CHILDHOOD: 5 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE _____

NIÑEZ AVANZADA: 5 AÑOS

**A SER COMPLETADO POR EL
PADRE/LA MADRE Y EL
NIÑO(A) SOBRE EL NIÑO(A)**

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO(A) | TRAÍDO POR | FECHA DE NACIMIENTO |
| ALERGIAS | | MEDICAMENTOS ACTUALES |
| ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA | | HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE: |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) come una variedad de alimentos. | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) disfruta de la escuela/preescolar. | |
| <input type="checkbox"/> Mi niño(a) puede jugar a pretender. | <input type="checkbox"/> Mi niño(a) reconoce la mayoría de las letras y puede escribir algunas. | |
| <input type="checkbox"/> Mi niño(a) muestra habilidad para entender los sentimientos de otros. | | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------|
| WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE | HEIGHT CM/IN. PERCENTILE | BLOOD PRESSURE |
|--------------------------|--------------------------|----------------|

Review of systems Review of family history

Screening:

| | | | |
|----------------|------|-------|-------|
| | MHZ | R | L |
| Hearing Screen | 4000 | _____ | _____ |
| | 2000 | _____ | _____ |
| | 1000 | _____ | _____ |
| | 500 | _____ | _____ |

Vision

| | | |
|--|-------|-------|
| | R 20/ | L 20/ |
| | _____ | _____ |

Development

| | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | N | A | |
| Development | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Behavior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Social/Emotional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mental Health | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Physical:

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | N | A | | N | A |
| General appearance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Head | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiovascular/Pulses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eyes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ears | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Genitalia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oropharynx/Teeth | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Extremities | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurologic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nodes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gait | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Describe abnormal findings and comments:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Review Immunization Record Lead Exposure

Fluoride Supplements Fluoride Varnish

Hct/Hgb _____ TB Dental Referral

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition Child care Development

Regular Physical Activity Car Safety/Booster Seat

Safety Discipline/Limits/Rules Passive Smoking

Helmets School Readiness Adequate Sleep

Dental Care Other: _____

Assessment/Plan: _____

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

NEXT VISIT: 6 YEARS OF AGE

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

LATE CHILDHOOD: 5 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (5 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests.

Tuberculosis Screen

Use clinical judgement. Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and followup on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire or the Denver II.

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Dresses without supervision.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Copies a cross.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Draws a person -- 3 parts.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Puts object "on," under" "in front of," and "behind" when asked.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skips and walks on tip toe. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Catches a bounced ball. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Names 4 colors.</u> |

Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any items, on *even one* of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - NIÑEZ AVANZADA: 5 AÑOS

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 5 YEARS

(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

NIÑEZ AVANZADA: 5 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE Y EL NIÑO(A) SOBRE EL NIÑO(A)

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO(A) | TRAÍDO POR | FECHA DE NACIMIENTO |
| ALERGIAS | | MEDICAMENTOS ACTUALES |
| ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA | | HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE: |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) come una variedad de alimentos. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) disfruta de la escuela/preescolar. | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) puede jugar a pretender. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) reconoce la mayoría de las letras y puede escribir algunas. | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) muestra habilidad para entender los sentimientos de otros. | | |

| | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| PESO KG./OZ. PORCENTAJE | ALTURA CM/IN. PORCENTAJE | PRESIÓN SANGUÍNEA |
|-------------------------|--------------------------|-------------------|

Alimentación _____

Eliminación _____

Sueño _____

Revisión del historial de inmunizaciones Exposición al plomo
 Suplementos de Fluoruro Barniz de fluoruro
 Hct/Hgb _____ TB (Tuberculosis) Derivación odontológica

Educación de la salud: (Marcar todo lo discutido/los materiales provistos)

Nutrición Cuidado de niños Desarrollo
 Actividad física regular Seguridad en el autoAsiento de refuerzo
 Seguridad Disciplina/Límites/Reglas Fumador pasivo
 Cascos Preparación para la escuela Sueño adecuado
 Cuidado dental Otro: _____

Evaluación/Plan: _____

INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS

DERIVACIONES

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

Revisión de los sistemas Revisión del historial familiar

Exploración:

| | | | |
|----------|------------|-------|-------|
| | MHZ | R | L |
| Audición | 4000 _____ | _____ | _____ |
| | 2000 _____ | _____ | _____ |
| | 1000 _____ | _____ | _____ |
| | 500 _____ | _____ | _____ |

Vista

| | | |
|--|--------|-------|
| | R 20/ | L 20/ |
| | N A | _____ |

Desarrollo

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|--------------------------|--------------------------|-------|

Comportamiento

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|--------------------------|--------------------------|-------|

Social/Emocional

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|--------------------------|--------------------------|-------|

Salud mental

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
|--------------------------|--------------------------|-------|

Físico:

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | N | A | | N | A |
| Apariencia general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pulmones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pulsaciones/ Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Genitales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nariz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Columna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orofaringe/Dientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Extremidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sistema Neurológico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ganglios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manera de caminar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Describe anomalías encontradas y comentarios:

PRÓXIMA VISITA: 6 AÑOS DE EDAD

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD

NIÑEZ AVANZADA: 5 AÑOS

La salud de su niño(a) a los 5 años

Indicadores de logros

Formas de desarrollo de su niño(a) entre los 5 y 6 años de edad.

Tomando responsabilidad de ordenar su habitación, de poner la mesa para cenar, de ayudar a preparar las comidas.

Aprendiendo a bañarse por sí solo en la bañera o ducha.

Comenzando a aprender las aptitudes para el deporte y las reglas de los juegos.

Atándose los zapatos.

Aprendiendo a nadar.

Usted ayuda a su niño(a) a aprender nuevas cosas hablando y jugando con él/ella.

Para ayuda o más información

Aptitudes de crianza, disciplina o ayuda en una crisis:

Línea de ayuda familiar,
1-800-932-HOPE (4673);
Recursos familiares en el noroeste,
1-888-746-9568;
Clases en colegios comunitarios
de la localidad

Cuidado de niños en edad escolar:

Recurso sobre Cuidado de niños y Red de derivaciones del Estado de Washington, al 1-800-446-1114

Información y ayuda sobre abuso sexual y físico de niños: Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673)

Consejos de Salud

Continúe llevando a su niño(a) a un examen anual con el doctor o una enfermera. Después de haber obtenido las vacunas para ingresar a la escuela, probablemente su niño(a) no necesitará más hasta los 11-12 años de edad.

Anime a que su niño(a) practique cepillándose los dientes diariamente con una pequeña cantidad de pasta dental con flúor. Probablemente, su niño(a) aún necesitará que le ayude a cepillarse bien todos sus dientes. Asegúrese de llevarlo al dentista para un examen, al menos una vez por año.

Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

Coman las comidas juntos cuanto sea posible, para sentirse unido a su niño(a). Trate de apagar la televisión, de desconectar el teléfono, y disfrutar el uno del otro.

Escuche cuando su niño(a) le hable. Mírelo y póngale atención. Luego responda o haga preguntas con respecto a sus ideas. Hágale saber que lo que piensa y dice es importante para usted.

Hable con su niño(a) sobre cómo evitar abuso sexual. Instrúyale sobre la privacidad y que algunos manoseos no son correctos. Su niño(a) debería decir "no" y decirle a usted si alguien trata de dañarlo.

Limite el tiempo frente al televisor o la computadora, para que así su niño(a) tenga tiempo también para libros y jugar activamente. Lea cuentos junto con su niño(a) diariamente. Sáquelo afuera a menudo para jugar.

Consejos de seguridad

Su niño(a) debería usar siempre un chaleco salvavidas cuando esté en el agua, aún si ya ha aprendido a nadar.

Siempre supervise a su niño(a) de cerca cuando esté junto a la calle. Los niños no están listos para andar en bicicleta con seguridad en las calles o cruzar las calles sin un adulto, hasta que ellos cumplan por lo menos 9 años de edad. Ellos no son lo suficientemente maduros para comportarse siempre con seguridad cerca de los vehículos.

Enseñe a su niño(a) a que **nunca** toque un arma. Si su niño(a) encuentra una, le debería decir a un adulto inmediatamente. Asegúrese de que todas las armas que tenga en su hogar estén descargadas y bajo llave.